

記入例

別紙6-7(表)

勸

後期高齢者医療療養費支給申請書

個人番号									原書番号	受 付 年 月 日			整理番号			
									3	年 月 日						
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	医療種別	5	割合	7割	8割	9割		
被保険者氏名	給付 次郎								公費負担者番号							
(患者名)									受給者番号			公費受給者負担額				
生年月日												円				
住民コード									後期高齢者医療資格取得日	年 月 日						
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地									発病又は負傷の原因			1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)				
従事した医師、歯科医師 または薬剤師の氏名									支給申請をした理由							
種 類									表 別			入院		外来		
1	2	3	4	5	7	⑧	9	1	3	4	7	9	8	0		
一般診療 国内 海外	治療用 器具	柔 整	アンマ・ マッサージ	ハリ・灸	移送	その他	標準負担 差額支給	医科	歯科	調剤	一般	7割	一般	7割		
傷病名									療養等に 要した期間			年 月 日から 年 月 日まで		日間(食)		
日									療養等に要した費用			審査決定金額				
上記のとおり に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。 なお、支払 下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。									郵便番号、住所、氏名、電話番号、 被保険者との続柄を記入してくだ さい。			令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
兵庫県 申請者	後期高齢者医療広域連合長 宛 〒 650-0021															
住所	神戸市中央区三ノ宮町1丁目9-1															
氏名	給付 次郎								電話 (078) 326 - 2023			被保険者 との続柄		本人		
受取 方法	2 口座振込		9 9 0 0		0 0 0											
預金 種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄		銀 行 信用金庫・組合 協 同 組 合 ()		本 店 支 店 出張所 ()											
口座番号 (右詰で記載)	1	2	3	4	0	0	0	0	9	8	7	6	1			
口座 名義人 (カナ)	キユウフ シロウ															
*口座 *濁点 *姓と名	口座名義人は必ず記入してください。 姓と名の間は1文字空けてください。 濁点は1文字としてください。															
受領委任																
1有 2無																
下記のとおり決定します。 年 月 日																
総療養費					一部負担金					支給決定金額						

(裏面もご覧ください)

※ 口座名義人が被保険者本人以外の場合のみご記入ください

別紙 6 - 7 (裏)

委任状

被保険者本人が被保険者番号、住所、氏名、電話番号、被保険者との続柄（本人）、生年月日をご記入ください。

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	
委任者	住所	神戸市中央区三ノ宮町1丁目9-1							
	氏名	給付 次郎							
	電話番号	(078) 326 - 2023							
	被保険者との続柄	本人				生年月日	年 月 日		

受任者の住所、氏名、電話番号、委任者との続柄（例：長男など）、生年月日をご記入ください。

下記の者を受任者とし、療養費の（申請・受領）に関する

受任者	住所							
	氏名							
	電話番号	() -						
	委任者との続柄					生年月日	年 月 日	

市区町職員 記入欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> ()		